

皮膚科問診票

ID No.

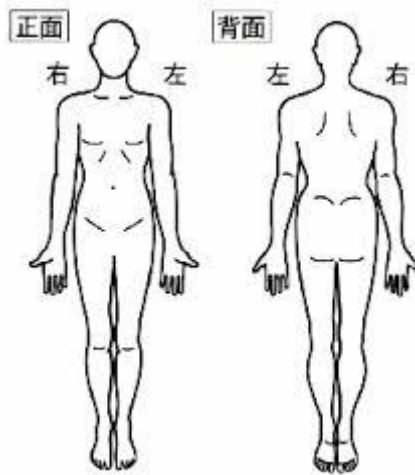
お名前

本日、受診される症状または、ご相談の内容をお書き下さい。

① いつから _____

② 部位は _____

(体表面に○をつけてください)



③ 症状は (当てはまるものに○をつけて下さい)

かゆい ・ 痛い ・ はれている ・ 赤い ・ 水ほう

じくじくしている

その他 _____

④ 現在おかけの病気、または今までにおかけの病気は

⑤ 現在内服しているお薬は _____

⑥ アレルギーは (薬を含めて) _____